

## Rozmowa „Monitora” z prof. dr. hab. med. Krzysztofem Warzochą — Dyrektorem Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

Interview with Professor Krzysztof Warzocha — director  
of the Maria Skłodowska-Curie Memorial Centre for Oncology — Institut

Przedrukowano za zgodą z: Informator Wewnętrzny Centrum Onkologii — Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie  
w Warszawie 2015; 19: 1–23



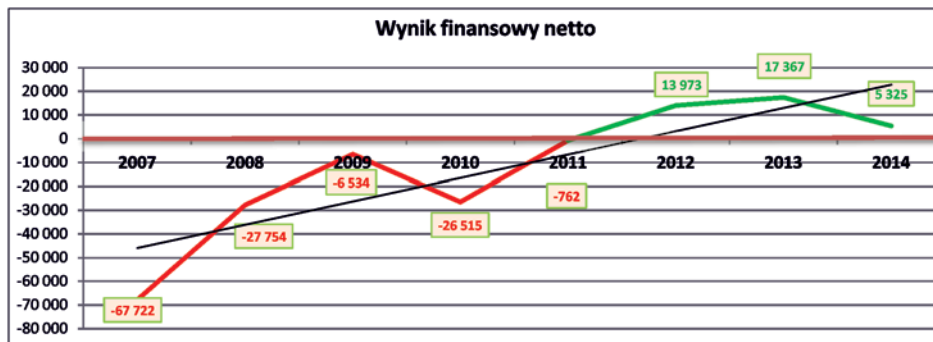
**Prof. Edward Towpik:** *Ostatni raz rozmawialiśmy jesienią 2013 roku. Zbliża się koniec kadencji na stanowisku dyrektora CO-I. Jak może Pan podsumować ten okres czasu?*

**Prof. Krzysztof Warzocha:** Na początku chciałbym przypomnieć, że do procedury konkursowej na stanowisko dyrektora Centrum Onkologii — Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie przystępowałem pod koniec 2011 roku — w kontekście planowanych przez resort zdrowia zmian systemowych w polskiej onkologii, w tym potrzeby harmonizacji procedur zarządczych w CO-I oraz w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii (IHT) mających na celu utworzenie Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii jako wiodącej jednostki w sieci placówek onkologicznych i hematologicznych na terenie kraju. Przewidywano m.in., że przed podjęciem ostatecznej decyzji o utworzeniu takiego Instytutu należy w pierwszej kolejności przeprowadzić restrukturyzację i działania naprawcze w CO-I,

w którym wykryto szereg nieprawidłowości i dynamiczne narastanie zadłużenia. To nie brak pieniędzy w systemie, lecz złe zarządzanie jednostką przez wiele lat doprowadziły do tego, że chory oczekiwał na diagnostykę i leczenie kilka tygodni lub miesięcy, stopień obłożenia łóżek szpitalnych był na poziomie 60%, a wykonanie kontraktu spadało z roku na rok i nigdy nie przekraczało 90% założonego poziomu. Ten mechanizm doprowadził do spirali zadłużenia instytutu na kwotę przekraczającą 130 mln zł, a pacjenta skazywał na poszukiwanie ratunku w innych placówkach zatrudniających pracowników CO-I — bez zachowania klauzuli konkurencyjnego zatrudnienia.

Na te zaniedbania zwrócił uwagę raport Najwyższej Izby Kontroli z przeprowadzonej w latach 2010–2011 kontroli w wybranych instytutach podległych ministrowi zdrowia i zobowiązał organ nadzoru do wdrożenia pilnych działań naprawczych. Zapaść finansowa CO-I w ciągu wielu kolejnych lat wywołała również skutki długoterminowe, odczuwalne do dnia dzisiejszego. W okresie nadmiernego zadłużenia zostały znacznie ograniczone inwestycje odtworzeniowe i rozwojowe, co spowodowało dekapitalizację majątku trwałego, a zwłaszcza aparatury medycznej i infrastruktury technicznej. Z powodu stałego przeterminowanego zadłużenia w stosunku do ZUS i Urzędu Skarbowego w praktyce nie została wykorzystana szansa na realizację inwestycji, jaką była perspektywa finansowa środków UE w latach 2007–2013.

Pierwszy rok pracy na stanowisku Dyrektora CO-I upłynął na diagnozowaniu zastanych problemów, opracowaniu planu naprawczego i mozolnym wprowadzaniu go w życie. Do końca 2013 roku



uporządkowano finanse Instytutu i przeprowadzono zasadniczą restrukturyzację. Odzyskanie i utrzymanie zrównoważonej i stabilnej sytuacji finansowej było warunkiem koniecznym dla uruchomienia dalszych procesów restrukturyzacji i rozwoju Instytutu.

**ET:** *Co udało się zrobić?*

**KW:** Podstawowym celem było osiągnięcie stałego zbilansowanego poziomu przepływów finansowych dającego gwarancję bezpiecznego funkcjonowania bieżącego oraz uzyskanie pozycji finansowej umożliwiającej pozyskiwanie funduszy na rozwój w formie dotacji bezzwrotnych bądź kredytów i pożyczek o najniższym rynkowym koszcie.

Dzisiaj CO-I to placówka nie mająca problemów finansowych; do późnych godzin wieczornych działa blok operacyjny i poradnia specjalistyczna. Jest możliwość zapisywania się pacjentów w systemie infolinii, dzięki temu nie tylko skrócił się czas oczekiwania na poradę, ale skończył się tłok oczekujących w poradni specjalistycznej. Poprawa sytuacji finansowej i jasne priorytety postawione Pracownikom pozwoliły także ruszyć z inwestycjami. Wybudowaliśmy nowy oddział chemioterapii dziennej — na kilkadziesiąt stanowisk wraz z automatyczną rozlewnią cytostatyków — to dziś jeden z najnowocześniejszych takich oddziałów w Polsce. Na ul. Wawelską, do pięknej i historycznej siedziby Centrum Onkologii, przenieśliśmy administrację Instytutu. Mogliśmy dzięki temu przeznaczyć zwolnione pomieszczenia na poradnię dla pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy. Jest tam także poradnia psychoonkologiczna i oddział szybkiej diagnostyki onkologicznej z możliwością wykonywania badań obrazowych, endoskopowych i prostych zabiegów chirurgicznych itp. W części szpitalnej udało się zmodernizować oddziały, które tego pilnie wymagały, a także zakłady diagnostyczne na czele z Zakładem Patologii Nowotworów.



Wejście do budynku Dyrekcji i Administracji przy ul. Wawelskiej 15B

Dzięki pozyskaniu funduszy z NCBiR ruszyła budowa Oddziału Badań Klinicznych Wczesnych Faz — jedynego takiego oddziału dedykowanego chorym na nowotwory w Polsce. Udało się także zmodernizować pomieszczenia administracyjne na Ursynowie, tak, aby pracownicy nie musieli przemieszczać się ze swoimi sprawami na ul. Wawelską.

I wreszcie, inwestycje związane z działalnością szkoleniową. Są one pochodną zmian organizacyjnych polegających na otwarciu w Instytucie klinik onkologii i radioterapii onkologicznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) — koordynację podyplomowego kształcenia onkologicznego w Polsce pełni znowu CO-I — w Warszawie w zakresie onkologii klinicznej, a w Gliwicach w zakresie radioterapii onkologicznej. To oczywiście pociągnęło za sobą konieczność przygotowania pomieszczeń audiowizualnych i nowoczesnej biblioteki w kompleksie edukacyjnym wokół auli im. prof. Tadeusza Koszarowskiego — 27 listopada br. nastąpi uroczyste otwarcie nowoczesnego centrum edukacyjno-konferencyjne przygotowanego na jednoczasową obsługę 500 słuchaczy w 3 salach wykładowych oraz w 1 auli. Dystrybucja obrazów



Recepcja nowej poradni, zlokalizowanej w budynku zajmowanym uprzednio przez administrację (wizualizacja)



Oddział Chemioterapii Diennej — stanowiska podawania leków

wideo z użyciem światłowodów gwarantuje bezstratne przesyłanie audio-wideo na każdą odległość z dowolnych źródeł i na dowolne urządzenia wyświetlające w tym z sal operacyjnych lub innych sal konferencyjnych w Polsce i na świecie.

**ET:** *W dużym stopniu przygotował Pan Instytut do wyzwań, jakie stoją przed współczesną onkologią i placówką działającą na wielu polach tego obszaru. Jak Pan patrzy na zmiany systemowe, dokonujące się w polskiej onkologii?*

**KW:** Rozwój medycyny i samej onkologii jest tak szybki, że oczywistym było dla mnie, że bez zasadniczych zmian systemowych nie będzie możliwe zapewnienie właściwej opieki medycznej chorym na nowotwory; zdanie to podzielał także ówczesny Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz. Wielokrotnie spotykał się i rozmawiał z ekspertami z CO-I o tym, w jakim kierunku powinny pójść zmiany. Mówiliśmy przede wszystkim o potrzebie referencyjności i o konieczności wprowadzenia obowiązkowych algorytmów diagnostyczno-leczniczych dla wszystkich podmiotów, które diagnozują i leczą chorych na nowotwory w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wskazywaliśmy na potrzebę powołania Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii, który miałby koordynować pracę nad tworzeniem tych algorytmów oraz kształcenie podyplomowe w tytułowych dziedzinach. Mówiliśmy w końcu o wymogach podejmowania decyzji leczniczych u chorych na nowotwory przez zespoły wielodyscyplinarne, tzw. konsylia, by stało się to wymogiem systemowym dla wszystkich ośrodków posiadających kontrakty na świadczenia onkologiczne z NFZ.

**ET:** *Czy wszystkie te plany udało się zrealizować?*

**KW:** Niestety, niektóre założenia pakietowe zostały przez regulatora wypaczone. Dla przykładu karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (tzw. karta DiLO). Uważaliśmy, że karta ta należy się choremu, by przestał być zagubionym w systemie, by wiedział, jakie metody, w jakiej sekwencji, miejscu i czasie będą u niego przeprowadzone. Karta miała usunąć wszelkie, czy większość wątpliwości i obaw chorego związanych nie tylko z chorobą, ale także planem i przebiegiem terapii; dać mu pewność, że zaplanowane procedury będą zrealizowane. Zasadniczy zawód polega na tym, że ta karta nie służy dziś pacjentowi, a stała się narzędziem czy wręcz systemem informatyczno-sprawozdawczym dla płatnika. Jej wypełnianie odciąga lekarza od pacjenta, zabierając mu ogromną ilość czasu a placówce utrudnia sprawozdawczość i wyegzekwowanie płatności za zrealizowane świadczenia.

**ET:** *Czy zmiany w pakiecie onkologicznym, które zapowiedziało Ministerstwo Zdrowia, cokolwiek poprawią?*

**KW:** Na pewno tak, m.in. zapowiedziano zniesienie wymogu wypełniania karty DiLO w czasie rzeczywistym, chociaż proponowany okres trzech dni jest zdecydowanie za krótki. Ten okres powinien być taki, jaki jest do tej pory dla sprawozdawania do NFZ określonych procedur, czyli odbywać się w systemie miesięcznym. Bardzo często jest tak, że pacjent wymaga powtórnego zbadania przez innych specjalistów. Są także sytuacje, kiedy nie da się zwołać konsylium i rozpocząć leczenia, pomimo tego, że pacjent już jest w szpitalu, np. wtedy kiedy

wykonujemy operację ze względów diagnostyczno-leczniczych. Czekamy wtedy na wynik badania histopatologicznego co najmniej dwa, a w niektórych przypadkach trzy tygodnie.

Uelastycznienia wymaga także działanie konsyliów; powinno być tak, że ośrodkiem wiodącym do ich przeprowadzania jest ten, który posiada kompletne zasoby onkologiczne lub zostaje wskazany przez inne ośrodki we wzajemnej umowie o współpracy i prowadzi całość lub część leczenia według planu ustalonego przez konsylium. Wzajemna umowa o współpracy nie powinna wymuszać wykazywania lekarzy różnych specjalności w zasobach poszczególnych jednostek — pełne zasoby powinny być wykazane w ramach konsorcjum świadczeniodawców. Konsylia powinny odbywać się w ośrodku wiodącym z udziałem lekarza z jednostki, w której planowane jest leczenie z danego zakresu. Rozliczanie konsylium powinien dokonywać ośrodek wiodący. Niestety, dziś interpretacja przepisów jest taka, że ośrodkiem wiodącym jest ten do, którego trafił pacjent na określone świadczenie. Specjaliści z innych ośrodków „wchodzą” do zasobów takiego „ośrodka wiodącego” z zewnątrz — co często wiąże się jedynie z przystawieniem pieczętki i pobraniem wynagrodzenia — zaniedbując niejednokrotnie w tym samym czasie pracę w swej macierzystej jednostce. To jest postawienie sprawy na głowie.

Rozwiązaniem trudnym do zaakceptowania jest rozdzielenie onkologicznego procesu diagnostycznego na etapy diagnostyki wstępnej i pogłębionej. Ponadto, nie wszystkie nowotwory wymagają zwoływania konsyliów i nie wszystkie wymagają ich w tym samym składzie specjalistów. Naszym postulatem jest uelastycznienie karty DiLO w zakresie konieczności (lub brak konieczności) powoływania konsylium i jego składu, w zależności od rodzaju nowotworu (kodu ICD-10) — ww. warunki powinno określać zarządzenie Prezesa NFZ na podstawie opinii właściwych towarzystw naukowych i/lub konsultantów krajowych w określonych dziedzinach.

Należy także zacząć rozliczać bezlimitowo wiele procedur znajdujących się dziś poza koszykiem świadczeń „pakietowych”, w tym teleradioterapię paliatywną, implantacje portów naczyniowych, leczenie krwiozastępcze, żywienie do- i pozajelitowe, leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości. Postulujemy także o wyłączenie z wyceny ryczałtów na diagnostykę badań PET-CT oraz badań z zakresu diagnostyki cytogenetycznej i molekularnej oraz umożliwienie ich odrębnego finansowania.

**ET:** *Poza utworzeniem Narodowego Instytutu postulował Pan utworzenie Krajowej Rady ds. Onkologii działającej przy ministrze zdrowia. Czy ta inicjatywa powiodła się?*

**KW:** Tak, Krajowa Rada ds. Onkologii została powołana do życia na mocy rozporządzenia ministra zdrowia wiosną 2015 roku. Jest reprezentacją ekspertów szerokiego kręgu, nie tylko onkologów i hematologów, medycyny rodzinnej i paliatywnej, organizacji ochrony zdrowia i epidemiologii ale także pracodawców i organizacji pacjenckich. W skład Krajowej Rady ds. Onkologii wchodzi kilka zespołów roboczych — w większości ich przewodniczącymi są Pracownicy CO-I — m.in. zespołu ds. optymalizacji świadczeń onkologicznych, który zaobserwowane niedociągnięcia pakietowe zdefiniował i przesłał ministrowi propozycje ich rozwiązań. Są one tożsame z postulatami ekspertów zespołu do spraw oceny pakietu onkologicznego powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia Mariana Zembali z dnia 8 lipca 2015 roku i skrótowo opisanymi powyżej.

**ET:** *Można usłyszeć opinie, że instytuty i publiczne wielospecjalistyczne centra onkologiczne chcą pełnić rolę liderów uniemożliwiających rozwój onkologii na bazie uniwersytetów medycznych. Czy tak jest?*

**KW:** Wielospecjalistyczne centra onkologiczne i instytuty, osiemnaście jednostek mniej więcej równomiernie rozmieszczone na terenie kraju, to w części pełnoprofilowe ośrodki do diagnozowania i leczenia chorych na nowotwory; swoją działalnością zapewniają około 70% świadczeń onkologicznych w kraju. Te ośrodki stanowiły i stanowią do dziś podstawę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w zakresie diagnozowania i leczenia chorych na nowotwory.

Takie rozwiązania organizacyjne istnieją także w innych krajach. Tak zwany *Cancer Plan* wprowadzony specjalną ustawą podpisaną przez prezydenta Stanów Zjednoczonych Nixona w 1971 roku, to nic innego jak organizacyjna, funkcjonalna i finansowa operacja parlamentu i prezydenta, mająca na celu wybudowanie i doposażenie na terenie całego kraju jak największej liczby pełnoprofilowych (CCC, *Comprehensive Cancer Centers*) i wielospecjalistycznych (CC, *Cancer Centers*) centrów onkologii oraz zintegrowanie prywatnej inicjatywy w tym zakresie (przede wszystkim chirurgii i radioterapii onkologicznej) w jeden, spójny i certyfikowany system opieki onkologicznej — koordynowany przez Narodowy Instytut Nowotworów (*National Cancer*



*Institute*) i nadzorowany przez Krajową Radę Doradczą ds. Onkologii (*National Cancer Advisory Board*). Takich centrów onkologicznych jest obecnie w USA 67, w tym 41 o typie CCC i 26 — CC, wiele z nich jest ośrodkami akademickimi, inne placówkami federalnymi, a część przedsięwzięciami o typie partnerstwa publiczno-prywatnego lub prywatnego o charakterze „non-profit”. Wszystkie współpracują ze sobą w narodowej sieci ośrodków onkologicznych, których czynnikiem pozycjonującym nie jest organ tworzący czy struktura właścicielska, a jedynie faktycznie posiadany potencjał wykonawczy mierzony posiadanymi certyfikatami referencyjności i zakresem kompetencji.

Identyczna sytuacja mogłaby i powinna zaistnieć w Polsce — nie ma formalnych przeszkód do tego, by na danym terenie działał regionalny ośrodek onkologiczny i silna onkologia uniwersytecka, i w kilku przypadkach tak się właśnie dzieje. Kiedy w latach 70. XX wieku ruszył rządowy program (PR6), którego koordynatorem był ówczesny dyrektor CO-I — profesor Tadeusz Koszarowski — na siedziby nowopowstających i doposażanych już istniejących regionalnych ośrodków onkologicznych wybierano przede wszystkim miasta — siedziby akademii medycznych. Chodziło m.in. o to, aby w mizerii finansowej i organizacyjnej tamtych czasów wykorzystać maksymalnie istniejący potencjał ludzki, strukturalny, specjalistyczny i finansowy, a nie konkurować ze sobą o byt na danym terenie z pominięciem interesu pacjenta, jak można to dziś z bólem obserwować.

**ET:** *W takim razie czego polska onkologia jeszcze potrzebuje?*

**KW:** Przede wszystkim ujednoliconego kształcenia przeddyplomowego na bazie zintegrowanych ośrodków onkologicznych w uniwersytetach medycznych oraz skoordynowanego i prowadzonego na wyższym poziomie merytorycznym kształcenia specjalistycznego na bazie instytutów i wielospecjalistycznych centrów onkologicznych. Jest to jedno z wielu zadań, które zostały postawione przed niedawno utworzoną Federacją Wielospecjalistycznych Centrów Onkologicznych z siedzibą w Warszawie. W ramach Federacji będziemy wnioskować m.in. o zwiększenia liczby rezydentur w dyscyplinach onkologicznych, bo deficyt i starzenie się kadr specjalistycznych w onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii onkologicznej, hematologii, patologii i radiologii jest dziś ogromnym problemem. Konieczne będzie doposażenie wielospecjalistycznych centrów onkologii, instytutów i ośrodków akademi-



Prof. Krzysztof Warzocha w towarzystwie dyrektorów Oddziałów CO-I: w Krakowie — prof. Jerzego Jakubowicza i w Gliwicach — prof. Bogusława Maciejewskiego, po powołaniu Federacji Wielospecjalistycznych Centrów Onkologicznych. Federację powołano w Warszawie 9 czerwca 2015 r. w dniu uroczystego obchodu 90-lecia wmurowania aktu erekcyjnego Instytutu Rado-wego przy ul. Wawelskiej

ckich w kadry, sprzęt oraz infrastrukturę, aby stały się placówkami pełnoprofilowymi; z drugiej strony konieczne jest zintegrowanie z tym systemem ośrodków onkologicznych o niższym potencjale kadrowo-aparaturowym. W tym celu niezbędne będzie wprowadzenie certyfikowanej referencyjności i zakresu kompetencji wszystkich ośrodków onkologicznych w kraju, w których realizacja świadczeń jest finansowana ze środków publicznych, a ich kontraktowanie powinno odbywać się według map regionalnych potrzeb zdrowotnych. Ponadto, w związku z potrzebą efektywnego wydawania środków we współpracy wielu jednostek uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia chorych na nowotwory, konieczne jest opublikowanie w formie komunikatu bądź obwieszczenia ministra zdrowia algorytmów diagnostyczno-leczniczych jako obowiązujących w ww. placówkach. Wydaje się, że dalsze oczekiwania na ich ogórne powstanie nie ma już sensu dlatego ich opracowaniem zajmie się Federacja przy koordynującej roli Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii.

Oczywiście, ogromną rolę odgrywa edukacja społeczeństwa, profilaktyka pierwotna i wtórna; wszystkie składają się na strategię walki z nowotworami, a pakiet onkologiczny czy Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych są tylko jej elementami. Dalsze prace nad tymi rozwiązaniami systemowymi powinny przebiegać równolegle oraz być ze sobą spójne i komplementarne. Ich koordynacją powinien zająć się Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii, a nadzorem Krajowa Rada ds. Onkologii i oczywiście minister zdrowia.

**ET:** *Wróćmy do zagadnień związanych z samym CO-I. Po wstępnym opanowaniu trudnej sytuacji finansowej przyszły wyzwania systemowe, w tym związane z pakietem onkologicznym. Jakimi zmianami w działalności leczniczej w CO-I one poskutkowały?*

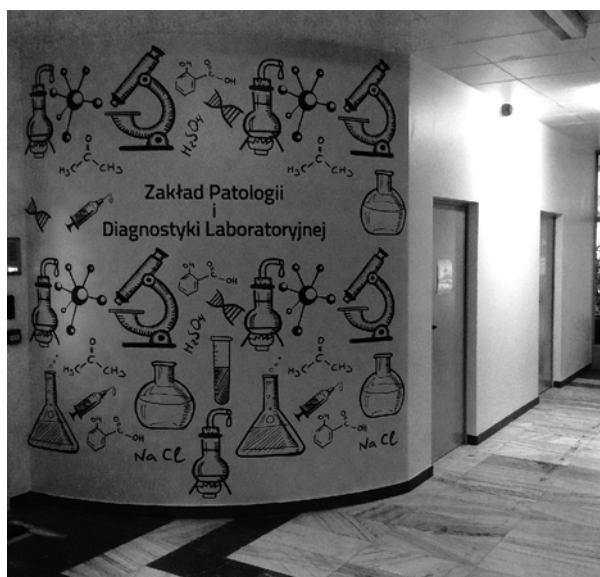
**KW:** Planowane wdrożenie od 1 stycznia 2015 roku pakietu onkologicznego oraz stale rosnąca liczba udzielanych świadczeń ambulatoryjnych narzuciło konieczność modernizacji Klinik i oddziałów oraz rozbudowy przychodni CO-I.

W czerwcu 2014 roku uruchomiono po modernizacji Oddział Chemioterapii Diennej. Oddział posiada 50 miejsc dziennych, klimatyzowane sale oraz tzw. specjalne sale obserwacyjne dla potrzeb oceny stanu chorego po udzieleniu świadczenia. Obecnie hospitalizowanych jest w trybie jednodniowym około 120-150 chorych dziennie. We wrześniu 2014 roku rozpoczęła działalność nowoczesna pracownia cytostatyczna, w pełni zautomatyzowanym

procesem rozpuszczania leków, z zachowaniem specjalnych warunków jałowości.

W marcu 2014 roku na bazie istniejących już jednostek CO-I utworzono Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej. Zakład, w wyniku działań kadry kierowniczej, uległ od momentu powstania restrukturyzacji i pełnej modernizacji. Wyposażony jest w najnowocześniejszy sprzęt laboratoryjny z uruchomioną linią technologiczną uwzględniającą zasadę „workflow” umożliwiającą usprawnienie i skrócenie przeddiagnostycznego procesu obiegu materiału histopatologicznego oraz wdraża system informatyczny dedykowany patologii nowotworów; linia technologiczna obejmuje m.in. multimedialny system do makroskopowego opracowania materiału pooperacyjnego, próżniowe procesory do przeprowadzania pobranych wycinków tkankowych oraz w pełni zautomatyzowany aparat do wykonywania barwień podstawowych. Ponadto laboratorium dysponuje nowoczesnymi kriostatami oraz automatem barwiącym do wykonywania badań śródoperacyjnych, modułowymi zatapiarkami do zatapiania materiału i formowania bloków parafinowych oraz mikrotomami saneczkowymi i rotacyjnymi do skrawania i wykonywania preparatów histopatologicznych. W celu optymalizacji wydajności pracy laboratorium posiada stanowiskowe drukarki barkodów do kasetek histopatologicznych oraz drukarki barkodów do szkiełek podstawowych. Dodatkowo w sytuacjach wymagających opracowania materiału tkankowego z zastosowaniem technik specjalnych dysponujemy aparatami do barwień histochemicznych i immunohistochemicznych z szerokim panelem barwień i bardzo szerokim panelem ponad 200 przeciwciał monoklonalnych, co umożliwia immunohistochemiczną diagnostykę różnicową wszystkich nowotworów uwzględniającą czynniki prognostyczne i predykcyjne.

Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej w CO-I jest unikalnym, największym i jednym z najnowocześniejszych w Polsce tego typu zakładem realizującym kompleksową diagnostykę patologiczną chorób nowotworowych w oparciu o wszystkie dostępne techniki laboratoryjne. I co najważniejsze, czas oczekiwania na wynik histopatologiczny skrócił się z kilku miesięcy do kilku dni; rozpoznania są konsultowane na cotygodniowych spotkaniach zespołu obejmującego patomorfologa, onkologa klinicznego, chirurga i radiologa. Zakład prowadzi również działalność szkoleniową, konsultacyjną oraz naukową zakresie nowoczesnej diagnostyki histopatologicznej, cytometrycznej, genetycznej oraz markerów nowotworowych.



Wejście do Zakładu Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej



Hall przy wejściu głównym i recepcji



Przychodnia — strefa relaksu dla pacjentów

Kadra zatrudniona w Zakładzie, obejmująca lekarzy specjalistów patomorfologów, genetyków, biologów, diagnostów laboratoryjnych, biotechnologów, rezydentów, techników, informatyków, specjalistów ekonomii pracy i asystentki medyczne, liczy 145 osób i wykonuje 150 000 badań histopatologicznych i 42 000 badań immunohistochemicznych rocznie.

**ET:** *Przez lata obrazki tłoczących się pacjentów oczekujących na poradę w ambulatorium CO-I były pokazywane w mediach i stały się symbolem problemów polskiej onkologii. Czy ten stan rzeczy uległ poprawie?*

**KW:** Reorganizacja pracy w przychodni specjalistycznej CO-I była prawdziwym wyzwaniem. Oprócz infolinii i możliwości rejestracji wizyt za pomocą usługi telefonicznej — wprowadzonych z początkiem 2015 roku — stworzono dodatkowe stanowiska rejestracji dla pacjentów z kartą DiLO i dodatkowe gabinety pierwszorazowe realizujące wyłącznie diagnostykę w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Zreorganizowano pracę już istniejących gabinetów narządowych, tak by umożliwić udzielanie świadczeń pacjentom zgodnie z założeniami pakietu onkologicznego oraz wprowadzono niezbędne zmiany w działalności zakładów i pracowni diagnostycznych mające na celu usprawnienie wykonywania badań obrazowych, endoskopowych, histopatologicznych i innych.

W ramach przygotowań do realizacji pakietu onkologicznego podjęto działania mające na celu restrukturyzację Zakładu Diagnostyki Obrazowej, skutkujące przekształceniem w Zakład Radiologii I i Zakład Radiologii II oraz wyodrębnienie pracowni USG z poszczególnych komórek CO-I i utworzenie pełnoprofilowej Pracowni Ultrasonograficznej dla wszystkich pacjentów leczonych w jednostce.

Dla chorych z podejrzeniem nowotworu zgłaszających się po raz pierwszy do CO-I zbudowano — w pomieszczeniach dawnej administracji CO-I — oddzielną poradnię specjalistyczną wraz z podstawowym zapleczem diagnostycznym dla tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Powołano również zespół jej koordynatorów, którego zadaniem jest ułatwienie dostępu pacjentów do udzielania świadczeń w ramach pakietu oraz wsparcie personelu CO-I w jego realizacji. Przeprowadzono także niezbędne szkolenia pracowników, zarówno lekarzy jak i statystyków medycznych, zapoznające z założeniami pakietu diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz jego praktycznymi aspektami. W tym celu stworzono instrukcję postępowania oraz algorytmy „ścieżek diagnostycznych” dla pacjentów z DiLO oraz system monitorowania ich realizacji. Realizacja pakietu onkologicznego wymagała także dokonania zmian w systemie prowadzenia dokumentacji medycznej — CliniNet — oraz przeszkolenia całego personelu medycznego w tym zakresie.

**ET:** *Bardzo rozbudowana dokumentacja medyczna — skutek rozporządzeń pakietu onkologicznego — stała się prawdziwą złą plagą placówek onkologicznych. Czy dla CO-I także?*

**KW:** Niestety tak. Dla potrzeb przygotowania jednostki na wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej podjęto szereg działań w zakresie uporządkowania wydruków strukturalnych, informacji i zgód dla pacjenta. W tym celu przygotowano kompletną dokumentację medyczną w oparciu o wydruki strukturalne na potrzeby realizacji świadczeń z możliwością bramkowania procesu. Opracowano i wdrożono raport weryfikujący kompletność dokumentacji w nowym systemie. Stanowi to jedno z podstawowych narzędzi





Aula w Centrum Edukacyjno-Konferencyjnym im. prof. Tadeusza Koszarowskiego

zarządzających dla kierowników jednostek — miejsc udzielania świadczeń. Obszar ten został uzupełniony zakładkami obejmującymi żywienie, konsultacje, rehabilitacje, skierowania, zgody i skalę ryzyka. Wdrożono jednolitą zgodę na udzielanie świadczeń z zakresu chemioterapii. Przygotowano elektroniczną wersję karty konsyliów wielodyscyplinarnych, wdrażane są elektroniczne terminarze we wszystkich miejscach udzielania świadczeń.

Podjęto także szereg działań w obszarze informatyki. Przede wszystkim zdefiniowano infrastrukturę sprzętową dla potrzeb leczenia i określono niezbędne potrzeby w tym zakresie, w tym wykorzystanie struktury informatycznej dla poprawy funkcjonowania dokumentacji medycznej. Została zmodernizowana serwerownia główna poprzez wyodrębnienie stref macierzowej i serwerowej. Trwa sukcesywna wymiana i modernizacja stacji roboczych. W 2015 roku został uruchomiony e-portal Pacjenta, w następnym roku jest planowane wdrożenie — jako elementu elektronicznej dokumentacji — podpisu elektronicznego.

**ET:** *Skuteczność działań onkologicznych to nie tylko właściwe rozpoznanie nowotworu i poprawnie przeprowadzona diagnostyka a tym bardziej sprawozdawczość ale przede wszystkim optymalnie prowadzone skojarzone leczenie wielodyscyplinarne, w tym operacyjne i wspomagające. Czy w tym obszarze dokonały się jakieś istotne zmiany w funkcjonowaniu CO-I?*

**KW:** W CO-I rocznie przeprowadza się około 10 000 zabiegów w znieczuleniu ogólnym. Rozległe resekcje nowotworów wykonywane są w obrębie bardzo ważnych pod względem morfologicznym i czynnościowym struktur, obejmujących między

innymi wielkie naczynia oraz górne odcinki dróg oddechowych i pokarmowych. Dlatego też operacje te są obciążone ryzykiem wystąpienia poważnych powikłań, które w konsekwencji mogą powodować istotne upośledzenie czynności życiowych chorego. Rozległe resekcje z przyczyn onkologicznych często wymagają przeprowadzenia natychmiastowych zabiegów naprawczych, które mają doprowadzić do odtworzenia ciągłości ubytków tkanek, przywrócenia funkcji narządu i uzyskania korzystnego efektu funkcjonalno-kosmetycznego, a w ostatecznym efekcie — poprawić jakość życia chorego. Zabiegi naprawcze powodują zwiększenie złożoności operacji, wydłużają czas jej trwania i w konsekwencji mogą skutkować dodatkowymi powikłaniami. Operacje z powodu nowotworów nierzadko są przeprowadzane u chorych obciążonych innymi istotnymi schorzeniami.

Dlatego jednym z najważniejszych działań była modernizacja bazy sprzętowej, jak również działania reorganizujące w zakresie udzielania świadczeń przez Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W celu optymalnego przygotowania chorych do procedur znieczulenia utworzono anestezjologiczny gabinet konsultacyjny pozwalający na wcześniejsze wyodrębnienie chorych wysokiego ryzyka okołoperacyjnego i ograniczenie do minimum dyskwalifikacji chorych w przeddzień znieczulenia. Obecnie rutynowo prowadzenie znieczuleń w godzinach popołudniowych i wieczornych — do godz. 19.00 — na, średnio, trzech salach operacyjnych dziennie (torakochirurgia, chirurgia gastroenterologiczna, neurochirurgia, chirurgia głowy, szyi, chirurgia nowotworów tkanek miękkich, kości i czerniaka) pozwala na maksymalne wykorzystanie sal operacyjnych.

Wprowadzanie okołoperacyjnego protokołu ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) umożliwiło szybkie rozpoczęcie odżywiania chorych drogą przewodu pokarmowego w okresie okołoperacyjnym oraz uruchomienie pooperacyjnie celem maksymalnego skrócenia czasu hospitalizacji chorych. W CO-I, jako jedynej jednostce w Polsce, wprowadzono monitorowanie głębokości znieczulenia metodą analizy bispektralnej EEG minimalizujące ryzyko wybudzenia śródoperacyjnego oraz pozwalające na bardziej ekonomiczne dawkowanie środków znieczulenia ogólnego. Modernizacja bazy sprzętowej zaskutkowała wyposażeniem CO-I w aparaty do kontroli parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przepływowej (do stosowania u chorych w stanach septycznych oraz na bloku operacyjnym u chorych obciążonych krążeniowo, u chorych poddawanych otwarciu dwóch jam ciała oraz u chorych poddawanych



operacjom z przewidywanymi dużymi przesunięciami płynowymi), aparaty do kontroli parametrów hemodynamicznych metodą analizy fali tętna (mniej inwazyjne) oraz platformę EV 1000. Sale operacyjne zostały wyposażone w pompy objętościowe, strzykawkowe, aparaty do ciągłej żylny-żylny terapii nerkozastępczej, aparaty umożliwiające ogrzewanie za pomocą kołder wypełnionych ciepłym powietrzem, ogrzewacze przepływowe do płynów infuzyjnych. Dzięki posiadanym specjalistycznym pompom prowadzone są znieczulenia z zapewnieniem przewidzianego stężenia docelowego leków w osoczu. Wprowadzenie pomp elastomerowych ze środkami znieczulenia przewodowego wykorzystywanych wraz z wszczepialnymi cewnikami jednorazowymi pozwala na skuteczne leczenie bólu pooperacyjnego. Prowadzenie intubacji za pomocą rurki intubacyjnej dwuświatłowej z jednorazową zintegrowaną kamerą umożliwia ciągłą kontrolę wizualną położenia rurki względem rozwidlenia tchawicy. Krótko mówiąc stworzone zostały warunki do przeprowadzania w CO-I większej liczby operacji onkologicznych w bezpieczniejszych warunkach sal operacyjnych i oddziały intensywnej terapii.

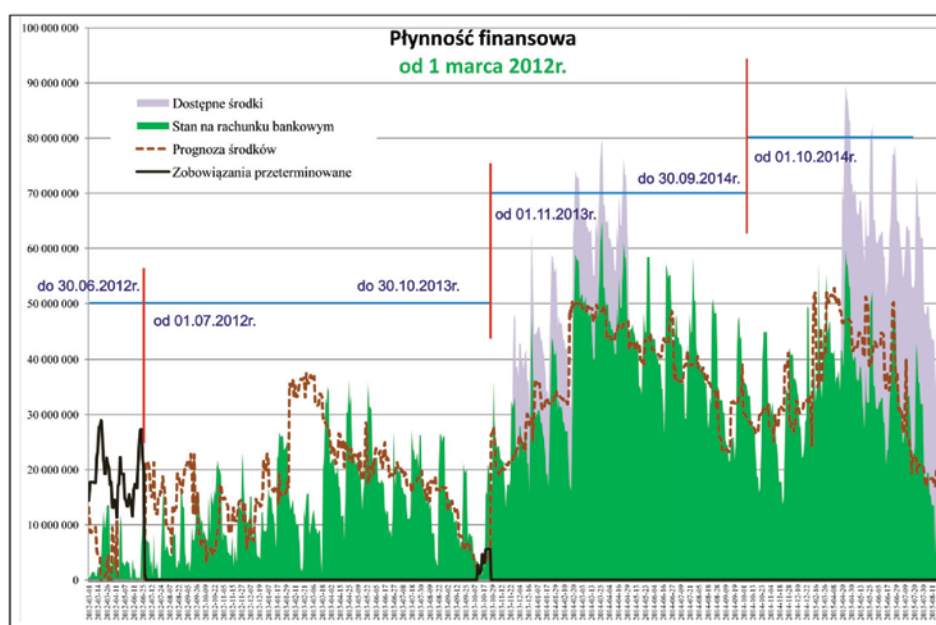
**ET:** Czy podjęto jakieś działania szkoleniowe personelu pracującego z pacjentem?

**KW:** W 2014 roku przeprowadzono w Poradni Psychoonkologii kilkadziesiąt warsztatów z zakresu komunikacji lekarza z pacjentem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Z tych warsztatów sko-

rzystało także 300 pracowników medycznych z placówek medycznych województwa mazowieckiego. Mając na uwadze obniżenie poziomu stresu i poprawę jakości życia pacjentów hospitalizowanych w CO-I, we wrześniu 2014 roku rozpoczęto cykliczne spotkania artystyczne obejmujące koncerty muzyczne, przedstawienia teatralne i kabaretowe. Spotkania cieszą się ogromnym zainteresowaniem ze strony pacjentów i ich rodzin. W listopadzie 2014 roku, we współpracy z Fundacją Urszuli Jaworskiej, rozpoczęto przygotowania do przeprowadzenia w klinikach narządowych CO-I audytu dotyczącego jakości pracy szpitala. Badanie rozpoczęło się w marcu 2015 roku; jego celem jest wyodrębnienie obszarów wymagających wdrożenia zmian zgodnych z oczekiwaniem pacjentów.

**ET:** Wszystkie te przedsięwzięcia i zmiany nie byłyby możliwe bez stabilnej sytuacji finansowej CO-I. W jaki sposób dokonano ustabilizowania finansów instytutu?

**KW:** Zrównoważone, stabilne finanse są podstawą funkcjonowania każdej jednostki. Czym skutkuje brak płynności finansowej przekonał się Instytut w latach 2007–2011. Odmowa dostaw towarów i usług powodująca bezpośrednie zagrożenia dla bezpiecznego procesu leczenia, egzekucje komornicze, ogromne koszty obsługi nadmiernego zadłużenia to bezpośrednie skutki utraty płynności finansowej. Uzdrawienie finansów Instytutu całkowicie wyeliminowało te negatywne zjawiska.



Płynność finansowa CO-I (Warszawa) w latach 2012–2015

Wykres jednoznacznie pokazuje, że finansami CO-I rządzą cykle krótkoterminowe (miesięczne) i długoterminowe (roczne). Cykl miesięczny wynika z nierównomierności rozkładu przychodów (gros przychodów stanowią wpłaty z NFZ dokonywane w 80% w trzeciej dekadzie miesiąca) i wydatków. Cykl roczny również wynika ze specyfiki rozliczeń z NFZ: na początku roku następuje rozliczenie (zapłata) za świadczenia z roku poprzedniego, w kolejnych miesiącach narasta problem nierozliczonych świadczeń, przez co w okresie od września do listopada pogarszają się warunki finansowe, by od grudnia następowała powolna ich poprawa do początku roku następnego. Poza cyklami wynikającymi ze specyfiki działania głównego płatnika, a więc czynnikami zewnętrznymi, niezależnymi, na wykresie odnaleźć można również odbicie działań restrukturyzacyjnych i aktywnej inżynierii finansowej. W czasie objętym analizą wyodrębnić można następujące okresy:

1. Od stycznia 2012 roku do czerwca 2012 roku charakteryzowało całkowity brak płynności finansowej, bardzo wysokie koszty obsługi długu (ponad 10 mln zł w skali roku), poza zobowiązaniami przeterminowanymi występowały również zobowiązania przejęte przez firmy windykacyjne w wysokości ponad 65 mln zł, bardzo ograniczone inwestycje odtworzeniowe i brak inwestycji rozwojowych. W dniu 30 czerwca 2012 roku środkami pozyskanymi z oddziału w Gliwicach (75 mln zł) oraz Oddziału w Krakowie (10 mln zł) została jednorazowa spłacona nadmierna część zadłużenia.
2. Od lipca 2012 roku do października 2013 roku uzyskano zrównoważenie przychodów i wydatków a utrzymująca się — wprawdzie na niskim poziomie jednak dodatnia płynność finansowa — umożliwiła wdrożenie kluczowych działań proefektywnościowych, m.in. takich jak: zmiana systemu wynagradzania z wprowadzeniem elementów płacy motywacyjnej i wyeliminowaniem nieuzasadnionych składników wynagrodzenia, reorganizacja pracy klinik i zakładów nakierowana na poprawę funkcjonowania warunków leczenia i zwiększenia efektywności realizowanych procedur medycznych, wydłużenie czasu pracy przychodni, wydłużenie czasu pracy bloku operacyjnego, wdrożenie procedur controllingu, optymalizacja rozliczeń z NFZ, ekonomicznie uzasadniony outsourcing części działalności pozamedycznej. W 2013 roku uzyskano (w porównaniu do 2011 roku) wzrost wskaźników wykorzystania infrastruktury medycznej (obłożenie łóżek o 26,0%, liczba porad ambulatoryjnych

o 29,0%, liczba pacjentów pierwszorazowych o 40,0%). O kilkadziesiąt milionów zł wzrosła wartość realizowanego kontraktu z NFZ.

3. Od listopada 2013 roku do września 2014 roku pozytywne efekty działań restrukturyzacyjnych pozwoliły na zgromadzenie nadwyżki finansowej niezbędnej do zrealizowania regulacji wynagrodzeń, gdyż odziedziczona po okresach poprzednich struktura wynagrodzeń była dalece nieoptymalna. Szczególnie negatywnym zjawiskiem było bardzo duże zróżnicowanie płac w ramach jednorodnych grup stanowisk. Dokonana regulacja płac objęła wszystkie grupy pracownicze. Uzyskano znaczne ujednolicenie wynagrodzeń kosztem zaangażowania dodatkowych środków finansowych przekraczających 10 mln zł w skali roku. W tym czasie rozpoczęto także program inwestycyjny w ramach, którego wyremontowano pomieszczenia dla specjalistycznej przychodni różnych nowotworów narządowych. Utworzono zmodernizowany Oddział Chemioterapii Diennej wraz z centralną rozpuszczalnią cytostatyków. Przygotowano listę priorytetowych inwestycji, których realizacja była konieczna ze względu na bieżące potrzeby oraz wymagania stawiane przez tzw. „pakiet onkologiczny” (omówiono je wcześniej).
4. Od października 2014 roku do chwili obecnej finanse CO-I w stosunku do okresu bazowego, wskazują na dalsze liczne wzrosty na liście przychodów. Najważniejsze to: wzrost kontraktu z NFZ wykazujący kwotę wzrostu o 30,5 mln złotych (7,4% wzrostu w stosunku do 2013 roku), wzrost dotacji statutowej o kwotę 10,9 mln złotych (186,5% wzrostu w stosunku do 2013 roku), wzrost dotacji w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych o kwotę 1,2 mln złotych (wzrost o 9,8% w stosunku do 2013 roku), wzrost przychodów z tytułu realizowanych projektów naukowo-badawczych na kwotę 93 tys. złotych (wzrost o 4,2% w stosunku do 2013 roku), wzrost pozostałych przychodów finansowych o 300 tys. złotych (wzrost o 63,5% w stosunku do 2013 roku).

Począwszy od 2012 roku obserwujemy dobrą kondycję finansową CO-I, dodatkowo wzmocnioną wyższym tempem wzrostu sprzedaży świadczeń medycznych w ostatnim roku (ogólna kwota wzrostu wyniosła 43,5 mln złotych w 2014 roku w stosunku do roku poprzedniego). W analizowanym okresie, koszty w stosunku do przychodów rosły wolniej, w tym koszty związane z działalnością

Tabela 1	Zestawienie łącznych przychodów i kosztów CO-I w Warszawie w latach 2006–2014 w tys. zł.								
Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Przychody ogółem	281 855	308 501	400 267	459 355	442 831	453 594	472 861	499 328	542 926
Koszty ogółem	307 739	376 223	428 021	465 889	469 346	454 356	458 073	481 318	537 144
Wynik finansowy netto	-25 884	-67 722	-27 754	-6 534	-26 515	-762	13 973	17 367	5325

operacyjną Instytutu wykazywały tendencję wzrostową z uwagi na rosnący kontrakt i wyższą liczbę realizowanych świadczeń medycznych. Kwota niezrealizowanych przychodów z tytułu nadwykonań stanowi temat dalszych negocjacji z NFZ. Co najważniejsze, zyski netto osiąmane przez CO-I są nieprzerwanie od trzech lat głównym źródłem finansowania jego rozwoju i modernizacji, są pieniężnym odpowiednikiem wartości wytworzonego i zrealizowanego produktu „świadczeń medycznych” i naturalnym bodźcem materialnego zainteresowania Pracowników. Stanowią także zabezpieczenie CO-I na wypadek nie przewidzianych wydatków czy przejściowych trudności, których nie można wykluczyć.

**ET:** *W jaki sposób Instytut może obronić się przed takimi zagrożeniami?*

**KW:** Zgodnie z zarządzeniem dyrektora CO-I z dnia 4 sierpnia 2014 roku określono zasady wyodrębniania i wykorzystania środków pieniężnych w Instytucie w przypadku wystąpienia przejściowych trudności finansowych we wszystkich jego jednostkach, tj. w Warszawie, Gliwicach i w Krakowie. Corocznie, nie później niż do dnia 31 lipca, CO-I (Warszawa i Oddziały w Gliwicach i w Krakowie) dokonują wyodrębnienia na rachunkach bankowych środków pieniężnych stanowiących równowartość procentową aktywów obrotowych netto wyliczonych na podstawie zatwierdzonego przez ministra zdrowia rocznego sprawozdania finansowego, skorygowanych o wagi wyliczone z wielkości zatrudnienia na koniec roku obrotowego. Wyodrębnione środki pieniężne muszą być lokowane. Odsetki bankowe uzyskane od lokowanych środków pieniężnych przeznacza się na powiększenie stanu wyodrębnionych środków pieniężnych. Wyodrębnione środki pieniężne mogą być wykorzystane na zakup sprzętu i aparatury medycznej i inne ważne przedsięwzięcia organizacyjne i zadania inwestycyjne, które są istotne dla prawidłowej i sprawnej działalności CO-I (z wyjątkiem wynagrodzeń). Decyzję o wykorzystaniu wyodrębnionych środków pieniężnych podejmuje dyrektor w uzgodnieniu z dyrektorami Oddziałów. Realizacja powyższego zarządzenia

umożliwiła w 2015 roku pomoc finansową dla Oddziału CO-I w Krakowie, który przeżywa obecnie poważne problemy finansowe.

**ET:** *Czy obecna sytuacja finansowa CO-I stwarza szansę na jego dalszą modernizację?*

**KW:** Ustabilizowane obecnie finanse CO-I dają rzetelną podstawę do aplikowania o środki zewnętrzne, przede wszystkim pochodzące z programów operacyjnych perspektywy finansowej 2014–2020. Zgodnie z przyjętym planem w różnym stadium realizacji jest długa lista zadań inwestycyjnych o łącznej wartości kilkudziesięciu milionów złotych, w tym: przebudowa i remont budynku socjalnego z aulą w celu utworzenia Centrum Edukacyjno-Konferencyjnego, remont Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego, Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Kliniki Endokrynologii Onkologicznej, utworzenie Oddziału Badań Klinicznych Wczesnych Faz, zakup aparatury medycznej (tomograf, rezonans magnetyczny, kardiomonitory, aparaty RTG i USG, systemy planowania i aparaty do radioterapii), inne (odstojniki na potrzeby medycyny nuklearnej, termomodernizacja budynków Instytutu, modernizacja systemu zasilania, modernizacja centralnej sterylizatorni).

**ET:** *Czy podjęte działania restrukturyzacyjne i inwestycyjne mają znaczenie dla działalności naukowej CO-I?*

**KW:** Po reorganizacji przeprowadzonej w latach 2012–2014 w pionie naukowym CO-I znajdują się trzy Zakłady badań podstawowych, Zakład Epidemiologii oraz Redakcja Naukowa i Biblioteka Naukowa. Dawny Sekretariat Naukowy został przekształcony w Dział Nauki i obecnie posiada cztery Sekcje: Planowania Naukowego, Dokumentacji i Informacji Naukowej, Grantów i Współpracy Zagranicznej. Działalność pionu naukowego uzupełnia Dział Szkoleń i Promocji. Na dzień 31 grudnia 2014 roku w pionie naukowym CO-I pracowało 311 pracowników naukowych, w tym w Warszawie 128, w Gliwicach 125 i w Krakowie 58. W latach 2013–2014 potencjał naukowy CO-I uległ kolejnemu



zwiększeniu, w tym liczba awansów w grupie pracowników naukowych. W ciągu tych dwóch lat przybyło nam 56 doktorów, 17 doktorów habilitowanych i 7 profesorów. Na koniec 2014 roku w Centrum Onkologii pracowało 190 pracowników z stopniem doktora, 40 ze stopniem dr. hab. lub profesora nadzwyczajnego i 45 z tytułem profesora. Warto pokreślić, że nastąpiło też znaczne odmłodzenie kadry w grupie pracowników — wykonawców planu naukowego i zakończono proces regulacji płac; zarobki w pionie naukowym wzrosły średnio o 700 zł. Wraz z uzyskaniem w 2013 roku kategorii A, CO-I uzyskało dwukrotnie wyższą dotację na działalność statutową (około 25 mln zł). Pozwoliło to na zwiększenie o 50% wydatków na odczynniki do prac naukowych oraz na wygospodarowanie zwiększonych środków na kolejną już premię naukową za indywidualne osiągnięcia naukowe. Zarządzeniem Dyrektora ustanowiono też system grantów wewnętrznych przeznaczonych przede wszystkim dla młodych pracowników naukowych. Prawie dwukrotnemu zwiększeniu uległa też dotacja dla młodych naukowców. Dzięki temu wielu z nich uzyskało lepsze możliwości uczestniczenia w kursach i konferencjach naukowych w kraju i zagranicą. W 2013 roku przywrócono nabór na czteroletnie studia doktoranckie. W ciągu ostatnich dwóch lat przyjęto na stacjonarne studia 7 nowych studentów. Pięciu z nich otrzymuje stypendia instytutowe, a dwójka pozostałych z różnych innych źródeł. W latach 2013–2014 dwóch doktorantów studium uzyskało stopień doktora, a 6 przewodów doktorskich jest aktualnie otwartych. W latach 2013–2014 Pracownicy CO-I opublikowali 471 publikacji w czasopiśmie z listy filadelfijskiej o łącznym IF = 2443,903. Uzyskali 19 grantów NCN na łączną kwotę prawie 12 mln zł, 5 grantów NCBiR na łączną kwotę ponad 30 mln zł oraz 6 grantów z różnych innych źródeł. Warto podkreślić, że CO-I od dwóch lat jest jednostką, która otrzymała największą liczbę grantów NCN spośród wszystkich nie PAN-owskich jednostek badawczych.

**ET:** *Jakie były najważniejsze osiągnięcia naukowe pracowników naukowych CO-I w tym okresie?*

**KW:** Do najważniejszych osiągnięć należy m.in. uruchomienie w zwierzętarni CO-I hodowli zwierząt, którym można przeszczepiać ludzkie nowotwory (ksenografty). Pozwoli to na rozszerzenie naszej działalności o badania nad nowymi lekami. Centrum uzyskało też wielomilionowy grant na informatyzację działalności naukowej (OnkoSys) i utworzenie Oddziału Badań Klinicznych Wczes-

nych Faz (OnkoTrail). Niewątpliwie najwyższe indywidualne wyróżnienie stało się udziałem profesora Witolda Zatońskiego, który uzyskał doktorat honoris causa Uniwersytetu w Aberdeen. Równie ważne wydaje się wyróżnienie dla dr Joanny Przybył, doktorantki Studium Doktoranckiego przy CO-I i Uniwersytetu w Leuven, która uzyskała Nagrodę Premiera za najlepszy doktorat obroniony w 2013 roku. Kolejnym wyróżnieniem jest zajęcie pierwszego miejsca w konkursie na najlepszy projekt grantowy Polpharmy przez Paulinę Kober pracownika Zakładu Onkologii Molekularnej i Translacyjnej.

**ET:** *Czy są planowane działania mające na celu zwiększenie potencjału naukowego CO-I oraz komercjalizacji wyników badań naukowych?*

**KW:** W ciągu minionych dwóch dekad na świecie dokonała się istotna zmiana w sposobie realizowania badań naukowych z zakresu onkologii i hematologii. Zmiany te są m.in. wynikiem innowacji w zakresie metod badań genetycznych i zwiększenia ich przepustowości, eksponentialnego wzrostu mocy obliczeniowej komputerów, rozwoju bioinformatyki, postępów inżynierii chemicznej i rozwoju modeli *in vivo* nowotworów człowieka. Wskutek tych zmian — fundamentalne odkrycia naukowe przestają dokonywać się w obszarze pojedynczych laboratoriów, a są wynikiem prac wielospecjalistycznych zespołów, obejmujących klinicystów, biologów, chemików, genetyków, biotechnologów, farmaceutów, immunologów i bioinformatyków. Konsekwencją tych zmian jest również znaczny wzrost kosztochłonności badań naukowych. W związku z powyższym, warunki do zachowania konkurencyjności we współczesnej nauce zachowują jednostki potrafiące zapewnić multidyscyplinarność kadry naukowej i racjonalne gospodarowanie zasobami ludzkimi i infrastrukturą badawczą.

Przykładem realizacji tej koncepcji jest działanie najlepszych instytucji naukowych zajmujących się onkologią i hematologią — *Dana Farber Cancer Institute* w Bostonie, *MD Anderson Cancer Center* w Houston, czy *Broad Institute* w Cambridge. Ten sam model działania realizują wiodące jednostki naukowe w Europie, w tym *Institut Gustave-Roussy* (Villejuif, Francja), *Deutsches Krebsforschungszentrum* (Heidelberg, Niemcy), *Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas* (Madryt, Hiszpania), *Norwegian Cancer Center* (Oslo, Norwegia). Każdy z tych ośrodków opiera naukową doskonałość na trzech filarach: wybitnej kadrze naukowej reprezentującej różne dziedziny nauki, dostępie do nowoczes-

nej infrastruktury badawczej oraz współpracy między kliniką a naukami podstawowymi. Taka struktura nowoczesnie zarządzanych jednostek naukowych zapewnia również wydajną współpracę z przemysłem w zakresie badań podstawowych i klinicznych, a co za tym idzie — zwiększa potencjał komercjalizacji wyników badań naukowych. Odpowiedzią na zmieniające się uwarunkowania w obszarze nowoczesnej nauki, którym potrafią sprostać jednostki wielodyscyplinarne, o dużym potencjale kadrowym, dużych zasobach klinicznych, sprawnym zarządzaniu zasobami ludzkimi i racjonalnym gospodarowaniu zasobami infrastruktury naukowej będzie połączenie CO-I z IHT w celu utworzenia Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii.

**ET:** *Czy to jedyne korzyści dla działalności naukowej CO-I, które mogą wynikać z takiego połączenia instytutów?*

**KW:** Inne korzyści wynikające z połączenia CO-I z IHT obejmą także zwiększenie potencjału kadrowego i interdyscyplinarność. W chwili obecnej potencjalnie komplementarne zespoły naukowców obu instytutów pracują w oddzielnych lokalizacjach. Naukowcy reprezentujący unikalne punkty widzenia na pokrewne dziedziny nauki są pozbawieni możliwości codziennych interakcji, będących fundamentem skutecznej pracy naukowej i budowania wspólnych inicjatyw. Przykładem potencjalnej synergii wynikającej z połączenia może być zwiększenie naukowej „masy krytycznej” w zakresie immunologii poprzez współpracę Zakładu Immunologii CO-I z Zakładem Immunogenetyki oraz Zakładem Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej IHT. Naturalnym partnerem tych zespołów byłyby zasoby klinik obu instytutów zajmujących się nowotworami „immunogennymi”, w tym Klinika Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków oraz Klinika Nowotworów Układu Chłonnego CO-I oraz Klinika Hematologii IHT, a także zespoły zajmujące się komórkami macierzystymi.

Przykładem już istniejącej współpracy są wspólnie realizowane projekty Pracowni Hematologii Doświadczalnej Zakładu Diagnostyki Hematologicznej IHT z Zakładem Genetyki i Zwierzętarnią oraz Zakładem Onkologii Molekularnej i Translacyjnej CO-I. Korzyścią z połączenia obu instytutów będzie także zwiększenie potencjału klinicznego i translacyjnego. Zaplecze kliniczne obu instytutów jest unikalnym zasobem, który stanowi fundament badań nad nowotworami i chorobami krwi. Połączenie obu jednostek pozwoli m.in. na

wystandaryzowanie procesu diagnostycznego i terapeutycznego u chorych na wszystkie rodzaje nowotworów oraz zintegrowane prowadzenie banku materiału biologicznego. Umożliwi to gromadzenie dużych, homogennych kohort do badań naukowych, które dzięki integracji z prowadzonymi rejestrami nowotworów i informatyzacją banków — projekty OnkoSYS i Cyfralab — pozwolą na prowadzenie badań o wysokim wskaźniku oddziaływania. Powstający w CO-I Oddział Badań Klinicznych Wczesnych Faz znajdzie swoje optymalne wykorzystanie w zakresie badań z zakresu guzów litych i nowotworów hematologicznych. Nie do przecenienia będzie także racjonalność gospodarowania infrastrukturą naukową. Z uwagi na odrębność obu instytutów, aparatura diagnostyczna w chwili obecnej w wielu przypadkach nie jest wykorzystywana w sposób optymalny. Połączenie instytutów i restrukturyzacja pionu naukowo-diagnostycznego pozwoli na zbudowanie pracowni aparaturowych, w których wykorzystanie drogiej infrastruktury badawczej będzie bardziej intensywne, a przez to ekonomiczne. Pozwoli to również uniknąć zbędnego powielania aparatów diagnostycznych i naukowych. Przykładem może być zwiększenie wykorzystania zasobów zwierzętarni i urządzeń do sekwencjonowania nowej generacji Zakładu Genetyki CO-I oraz sorterów komórkowych, czy unikalnej w skali kraju infrastruktury cyfrowej patologii Zakładu Diagnostyki Hematologicznej IHT. Planowane pracownie aparaturowe nowo utworzonego instytutu (np. pracownia przyżyciowego obrazowania zwierząt laboratoryjnych oraz pracownia mikroskopii konfokalnej i przyżyciowego obrazowania komórek) pozwolą uzupełnić braki w infrastrukturze obu instytutów i zapewnią ich optymalne wykorzystanie, równolegle minimalizując koszty pojedynczych eksperymentów.

Za połączeniem obu instytutów przemawia także racjonalność gospodarowania zasobami ludzkimi. Wiele zakładów i pracowni poprzez ich powielenie w strukturze organizacyjnej obu instytutów zatrudnia osoby, których zadania są tożsame, np. obsługa cytometrów przepływowych, sekwenatorów itp. Poprzez połączenie instytutów część osób z obsługi technicznej będzie mogła zostać oddelegowana do innych zadań techniczno-laboratoryjnych. Techniczno-informatyczne zaplecze działania pionu naukowego połączonych instytutów również ulegnie usprawnieniu i racjonalizacji, np. poprzez zbudowanie wspólnego działu bioinformatyki i biostatystyki. Racjonalne stanie się powołanie etatów data managerów i rekruterów, dla których w obecnej sytuacji nie ma pełnego uzasadnienia.



Obecna siedziba Dyrekcji i administracji CO-I przy ul. Wawelskiej 15B

**ET:** *Jakie argumenty pozanaukowe przemawiają za połączeniem CO-I z IHT?*

**KW:** Na podstawie przykładu oddziału CO-I w Krakowie i odpowiadającego mu potencjałem ekonomicznym i organizacyjnym IHT warto zwrócić uwagę na tendencję osłabiania się pozycji małych podmiotów o wąskim spektrum usług lub monospecjalistycznym charakterze, które w kontakcie z monopolistą na rynku w kontraktowaniu usług mają zarówno utrudnioną pozycję w negocjacjach, jak i w dochodzeniu należności, a także nie mają możliwości, jako podmioty publiczne, świadczenia usług komercyjnych w zakresie, które kompensowałyby braki w źródłach finansowania. Ponadto IHT jako podmiot samodzielny nie ma możliwości przesunięcia środków finansowych i pokrycia ujemnych wyników ekonomicznych w ramach wewnętrznego rozrachunku. Połączenie CO-I z IHT możliwi dywersyfikację źródeł przychodów i adekwatne planowanie kosztów uzyskania przychodów. W połączeniu z racjonalizacją wykorzystania posiadanego mienia zatrudnianej załogi stanowić będzie gwarancję stabilności finansowej nowo utworzonego instytutu, a tym samym, jego wszystkim oddziałom. Istotne oszczędności finansowe wynikające z konsolidacji obu instytutów wynikną przede wszystkim z likwidacji stanowisk zarządczych, działów i sekcji poprzez łączenie ich w większe podjednostki organizacyjne oraz poprzez utworzenie wspólnej administracji w siedzibie eksterytorialnej dla działalności naukowej i klinicznej łączonych instytutów (Warszawa, ul. Wawelska 15B).

Za połączeniem obu instytutów przemawiają także:

- wejście w życie rozwiązań systemowych dot. pakietu onkologicznego zakładających m.in. kompleksową realizację procedur diagnostycz-

no-leczniczych u chorych na wszystkie rodzaje nowotworów (narządów litych i hematologicznych), w tym także przeprowadzanie zespołów wielodyscyplinarnych (konsyliów),

- wspólne zadania CO-I oraz IHT w zakresie specjalistycznego kształcenia podyplomowego w onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, hematologii, transfuzjologii klinicznej i laboratoryjnej, w tym realizowane w klinikach CMKP działających w obu instytutach,
- wspólne zadania CO-I oraz IHT w zakresie wydawania zaleceń i standardów diagnostyczno-leczniczych u chorych na wszystkie rodzaje nowotworów (narządów litych i hematologicznych) oraz medycznych zasad pozyskiwania, przechowywania i przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi i podmiotach realizujących świadczenia z zakresu krwiolecznictwa,
- tożsame lub bardzo zbliżone projekty i granty naukowe, już obecnie wspólnie realizowane w dużym zakresie przez oba instytuty,
- lokalizacja obu Instytutów w bezpośrednim sąsiedztwie umożliwiającą optymalne wykorzystanie potencjału naukowego, diagnostycznego, leczniczego i edukacyjnego oraz posiadanej infrastruktury technicznej (np. IHT jest zmuszony do korzystania z terenów należących do CO-I bo został pozbawiony dostępu do drogi publicznej, dróg dojazdowych i ewakuacyjnych oraz parkingów wskutek prawomocnej decyzji Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy o wywłaszczeniu instytutu z części gruntów pod budowę Szpitala Południowego).

Utworzenie jednego podmiotu pozwoli na optymalne zagospodarowanie terenu i obiektów obu instytutów a w szczególności rozwiąże w sposób natychmiastowy problemy IHT związane z brakiem dróg pożarowych, ewakuacyjnych i parkingów oraz dojazdu do drogi publicznej, powstałe wskutek powyższej decyzji administracyjnej. Zapewni to nie tylko komfort i bezpieczeństwo pacjentów oraz osób odwiedzających oba instytuty ale także bezpieczeństwo prawne osobom nim zarządzającym.

**ET:** *Jakie są cele strategiczne połączenia CO-I z IHT?*

**KW:** Cele strategiczne połączenia to uzyskanie: efektywniejszego kontraktowania świadczeń medycznych z NFZ a tym samym zwiększenie dostępności, skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności procedur diagnostyczno-leczniczych stosowanych u chorych na wszystkie rodzaje nowotworów i cho-



roby krwi, zwiększenie potencjału naukowego obu instytutów, rozbudowa wspólnych dla obu instytutów obiektów naukowych, leczniczych, edukacyjnych oraz infrastruktury towarzyszącej, restrukturyzacja finansowa i organizacyjna, (przede wszystkim Oddziału CO-I w Krakowie oraz IHT), optymalne zagospodarowanie terenu i wspólne korzystanie przez oba instytuty z infrastruktury lokalowej, aparaturowej, kadrowej i specjalistycznej, w tym podstawowej, towarzyszącej i zasilającej, zwiększenie zaangażowania pracowników obu instytutów w procesy specjalistycznego kształcenia podyplomowego oraz podniesienie rangi i prestiżu CO-I oraz IHT. Połączenie instytutów pozwoli na podniesienie poziomu doświadczenia CO-I w przedmiocie leczenia krwią, preparatami krwiopochodnymi i komórkami macierzystymi oraz umożliwi wdrożenie na szerszą niż dotychczas skalę prac w zakresie wzmocnienia czuwania nad bezpieczeństwem ich zastosowania. W perspektywie planowanego nadania Narodowemu Instytutowi Onkologii i Hematologii statusu PIB (Państwowego Instytutu Badawczego), nowo utworzony instytut wykonywałby funkcję opiniodawczą i doradczą dla ministra zdrowia, NFZ, rządu i parlamentu w tytułowych dziedzinach.

**ET:** *Czym jest status PIB i co wynika dla instytutu badawczego z posiadania takiego statusu przez Narodowy Instytut?*

**KW:** Zważywszy na fakt przypisywania CO-I oraz IHT wiodącej roli w rozwijaniu nauki i praktyki w walce z chorobami nowotworowymi i chorobami krwi oraz w krwiodawstwie i krwiolecznictwie zachodzą także przesłanki do nadania statusu PIB nowo utworzonej jednostce. Rada Ministrów, z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia, może nadawać jednostkom o znaczącym potencjale kadrowym i aparaturowym taki właśnie status. Nowotworzony Instytut będzie zdolny prowadzić interdyscyplinarne badania naukowe a jednocześnie wypełniać ważne z punktu widzenia interesu społecznego zadania państwowe, do których należeć będą:

- koordynowanie działań państwa ukierunkowanych na profilaktykę pierwotną i wtórną zachorowań na nowotwory,
- pozyskiwanie i analiza danych epidemiologicznych w zakresie zachorowań na nowotwory i choroby krwi, w tym prowadzenie Krajowego Rejestru Nowotworów, Krajowego Rejestru Dawców Krwi, Krajowego Rejestru i Banku Krwi Dawców Krwi Grup Rzadkich, Banku Komórek Krwiotwórczych i Ośrodka Dawców Szpiku,

- koordynowanie działań państwa w celu zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej u chorych na wszystkie rodzaje nowotworów i choroby krwi,
- sprawowanie krajowego nadzoru merytorycznego nad publiczną służbą krwi,
- koordynowanie i prowadzenie specjalistycznego kształcenia podyplomowego — w porozumieniu i we współpracy z CMKP — w zakresie onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii, transfuzjologii klinicznej i laboratoryjnej, psychoonkologii, pielęgniarstwa onkologicznego i hematologicznego oraz w innych dziedzinach pokrewnych,
- koordynowanie prac — w porozumieniu i we współpracy z towarzystwami naukowymi, w tym Polskim Towarzystwem Onkologicznym (PTO), Polskim Towarzystwem Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT), Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej (PTOK), Polskim Towarzystwem Radioterapii Onkologicznej (PTRO), Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej (PTChO) oraz Krajową Radą ds. Onkologii — nad ustawicznym aktualizowaniem algorytmów i wytycznych diagnostyczno-leczniczych stosowanych u chorych na nowotwory oraz medycznych zasad pozyskiwania, przechowywania i przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi i podmiotach realizujących świadczenia z zakresu krwiolecznictwa,
- opracowywanie i opiniowanie standardów w ochronie zdrowia i określanie zasad ich przestrzegania, a także monitorowanie zjawisk i wydarzeń szczególnie ważnych dla planowania i realizacji polityki państwa, których wykonywanie jest niezbędne dla zapewnienia poprawy jakości życia obywateli.

Tylko nowo utworzony instytut o takim zasięgu i zakresie działania oraz statusie PIB będzie zdolny do kompleksowych i skutecznych działań w ww. dziedzinach.

**ET:** *Czy podobne rozwiązania organizacyjne istnieją w innych krajach?*

**KW:** Jednym z najważniejszych i najstarszym instytutem na świecie dedykowanym kompleksowej walce z nowotworami jest Narodowy Instytut Nowotworów (NCI, *National Cancer Institute*), mieszczący się w Bethesda i Fort Detrick w Maryland; został utworzony w 1937 roku i należy do

finansowanych z budżetu federalnego Narodowych Instytutów Zdrowia (NIH, *National Institutes of Health*) podlegających rządowi Stanów Zjednoczonych. Narodowy Instytut Nowotworów — podlegający bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia i Pomocy Humanitarnej USA — koordynuje Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, prowadzi i wspiera finansowo badania naukowe, organizuje szkolenia, rozpowszechnia wiedzę na temat onkologii oraz odpowiada za rozwój diagnostyki, profilaktyki i terapii w onkologii. Szczegółowe cele NCI obejmują koordynację: projektów badawczych i badań klinicznych prowadzonych przez uniwersytety i ośrodki onkologiczne oraz fundacje naukowe, udzielanie grantów badawczych i prowadzenie akcji edukacyjnych oraz szkoleń w zakresie nauk podstawowych oraz dyscyplin onkologicznych, a także obsługę krajowej sieci ośrodków onkologicznych, współpracę z organizacjami paramedycznymi i fundacjami oraz innymi krajowymi i zagranicznymi instytucjami zajmujących się chorobami nowotworowymi. Podobne narodowe instytuty koordynujące kompleksową opiekę u chorych na nowotwory istnieją od dawna w UE. W Holandii opieka onkologiczna koordynowana jest przez Holenderski Instytut Chorób Nowotworowych (NKI-AVL, *The Netherlands Cancer Institute — A. van Leeuwenhoek Hospital*), który został utworzony w 1916 roku; NKI-AVL pełni ważną rolę krajowego i międzynarodowego centrum diagnostyczno-leczniczego, zajmuje się badaniami naukowymi oraz szkoleniem nowych kadr, odpowiada za edukację społeczeństwa i kadr medycznych oraz prowadzenie badań naukowo-badawczych z dziedziny onkologii. Organizuje szkolenia, konferencje, spotkania tematyczne dla pracowników ochrony zdrowia i społeczeństwa, a także koordynuje wieloośrodkową i międzynarodową współpracę naukową oraz jest odpowiedzialny za prowadzenie banku tkanek. W innych krajach UE również powołane zostały narodowe instytuty nowotworów — cele, zasady działania i efekty wymierne są zbliżone do przedstawionego modelu opieki onkologicznej zorganizowanej w USA i w Holandii. Do wspomnianych instytucji europejskich należą: *L'Institut National du Cancer* (INCA) i *L'Institut de Cancérologie Gustave Roussy* (ICGR) we Francji oraz *Istituto Nazionale dei Tumori di Milano* (INTM) we Włoszech. Powstanie narodowych instytutów i skupienie w ich kompetencjach koordynacji kompleksowej opieki nad chorymi na nowotwory, ujednolicania sposobu postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz przestrzegania rekomendacji w sieci ośrodków onkologicznych stały się kluczowe dla poprawy dostępności, skutecz-

ności i bezpieczeństwa procedur onkologicznych stosowanych w tych krajach, a tym samym instytuty narodowe wpłynęły na poprawę wskaźników wyleczalności i przeżycia chorych na nowotwory.

Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii im. Marii Skłodowskiej-Curie będzie posiadał najliczniejszą w kraju grupę samodzielnych pracowników naukowych ze wszystkich dziedzin onkologii, hematologii i transfuzjologii, która poprzez ścisłą współpracę z czołowymi ośrodkami w Europie i USA stanie się rękojmnią adaptacji w Polsce najnowocześniejszych osiągnięć w ww. zakresach. Połączenie potencjału naukowego CO-I oraz IHT przyczyni się do dalszego rozwoju nauki oraz usprawni transfer wiedzy i innowacyjnych rozwiązań, zwłaszcza w epidemiologii i profilaktyce oraz diagnostyce i leczeniu chorych na wszystkie rodzaje nowotworów i choroby krwi, a także w krwiodawstwie i krwiolecznictwie.

**ET:** *Na jakim etapie organizacyjno-prawym jest proces połączenia obu instytutów?*

**KW:** Warto przypomnieć, że początkowo planowano utworzenie Narodowego Instytutu poprzez połączenie części warszawskiej Centrum Onkologii z IHT wraz z odłączeniem Oddziału gliwickiego i krakowskiego poprzez utworzenie z nich dwóch niezależnych instytutów, tj. odpowiednio śląskiego i małopolskiego centrum onkologii. Taki wniosek uzyskał akceptację wszystkich dyrektorów Oddziałów i dyrektora CO-I oraz pozytywną opinię Rady Naukowej na posiedzeniu w dniu 26 czerwca 2012 r. Na osobistą interwencję dyrektorów Oddziałów CO-I w Gliwicach i w Krakowie wniosek ten został zmieniony i poddany ponownemu opiniowaniu przez Radę Naukową CO-I. Zmieniony wniosek przewidywał utworzenie Narodowego Instytutu w oparciu o IHT i całe CO-I wraz z Oddziałami w Gliwicach i Krakowie. Zasadność tej zmiany tłumaczono obawami odłączonych Oddziałów przed skutecznym kontraktowaniem świadczeń z NFZ ze względu na utratę prestiżu jednostek, utratą potencjału naukowego, a w konsekwencji spadek w ocenie parametrycznej jednostek dokonywanej przez MNiSW oraz prawdopodobną utratą samodzielności obu oddziałów poprzez ich wchłonięcie przez lokalne uniwersytety medyczne w dalszej perspektywie czasowej. Uchwały Rady Naukowej CO-I oraz IHT wnioskujące o połączenie obu instytutów z utworzeniem Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie o statusie PIB zostały podjęte w trakcie plenarnych posiedzeń

w dniach 10 czerwca 2013 roku (IHT) i 12 czerwca 2013 roku (CO-I). W dniu 12 czerwca 2013 roku przedmiotowe uchwały wraz z wnioskami dyrekcji obu instytutów oraz opiniami związków zawodowych, zostały złożone w Ministerstwie Zdrowia. Na potrzebę powołania NIOH o statusie PIB wskazał także zespół Krajowej Rady ds. Onkologii przy Ministrze Zdrowia ds. standaryzacji i jakości procedur w onkologii na posiedzeniu w dniu 13 maja 2015 roku. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. nr 96, poz. 618, z późn. zm.) połączenia instytutów dokonuje Rada Ministrów w drodze rozporządzenia, na wniosek złożony przez ministra nadzorującego, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw nauki. Instytuty mogą być połączone, jeżeli minister nadzorujący uzna, że łączenie instytutów jest uzasadnione merytorycznie, organizacyjnie i finansowo. Połączenie instytutów poprzedza postępowanie przygotowawcze przeprowadzane przez zespół roboczy mający za zadanie ocenić potrzebę oraz warunki połączenia. Zespół przedstawia ministrowi opinię w terminie 3 miesięcy od dnia powołania. W oparciu o te przepisy minister zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 28 maja 2015 roku o powołaniu takiego zespołu, który w ustawowym terminie wydał opinię rekomendującą ministrowi zdrowia:

1. Połączenie CO-I z IHT w jeden instytut.
2. Nadanie nowo utworzonemu instytutowi nazwy Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii.
3. Przejęcie przez nowotworzony instytut pracowników CO-I oraz IHT.
4. Przejęcie przez nowotworzony instytut praw i obowiązków CO-I oraz IHT na zasadzie sukcesji uniwersalnej.
5. Dokonanie połączenia CO-I z IHT według stanu ze spisu z natury oraz sprawozdań finansowych sporządzonych na dzień poprzedzający dzień łączenia instytutów.
6. Nadanie nowotworzonemu instytutowi statutu, w którym zostaną określone zadania obejmujące działalność naukową i leczniczą, w tym realizowanie programów polityki zdrowotnej, działalność dydaktyczną i wydawniczą, a także uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia, ekonomiki procesów leczniczych, informacji naukowej, usług badawczych, ekspertyz oraz opracowywania metodologii i prowadzenie szkoleń specjalistycznych w onkologii, hematologii, transfuzjologii klinicznej i laboratoryjnej oraz w innych dyscyplinach pokrewnych, a także związanych z aktualizowaniem algorytmów i wytycznych diagnostyczno-leczniczych stosowanych u chorych na nowotwory i choroby krwi oraz medycznych zasad pozyskiwania, przechowywania i przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi i podmiotach realizujących świadczenia z zakresu krwiolecznictwa.

mów i wytycznych diagnostyczno-leczniczych stosowanych u chorych na nowotwory i choroby krwi oraz medycznych zasad pozyskiwania, przechowywania i przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi i podmiotach realizujących świadczenia z zakresu krwiolecznictwa.

7. Wszczęcie procesu nadania statusu PIB nowo utworzonemu Narodowemu Instytutowi Onkologii i Hematologii celem spełnienia przesłanek, które legły u podstaw podjęcia decyzji o połączeniu CO-I i IHT.

Po przedstawieniu ministrowi zdrowia opinii rekomendującej połączenie, stosownie do przepisu zawartego w § 12 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie tworzenia, łączenia, podziału, reorganizacji, przekształcania, włączania lub likwidacji instytutów badawczych /Dz.U. nr 230, poz. 1512/ w celu dokonania oceny stanu majątkowego i organizacyjno-prawnego łączonych instytutów oraz opracowania warunków, na jakich zostanie dokonane ich połączenie minister powołał mocą zarządzenia w dniu 27 sierpnia 2015 roku komisję. Rady Naukowe obu instytutów zgłosiły kandydatów do prac w tej komisji i w dniu 10 września 2015 roku odbyło się jej pierwsze posiedzenie, a w dniu 5 października 2015 drugie i ostatnie posiedzenie.

Komisja przygotowała opinię w sprawie połączenia obu instytutów (IHT i CO-I Warszawa wraz z oddziałami w Gliwicach i w Krakowie), a minister zdrowia skierował w tej sprawie projekt rozporządzenia Rady Ministrów w dniu 13 października 2015 r. (KRM-110-101-15).

Komitet Stały Rady Ministrów przeprowadził w dniach 13–20 października 2015 r. konsultacje publiczne przedstawionego projektu rozporządzenia, który przewiduje wejście w życie jego postanowień z dniem 1 stycznia 2016 r. Niestety, jednocześnie 13 października br. na Kolegium Ministerstwa Zdrowia przedstawiony został projekt rozporządzenia ws. podziału CO-I. Projekt ten zgłoszono przed projektem zarządzenia ws. powołania Komisji mającej na celu dokonania oceny oraz opracowania warunków, na jakich ten podział miałby zostać dokonany. Nadto, urzędnicy Ministerstwa Zdrowia zwołali przedmiotową komisję majątkową przed jej powołaniem przez ministra zdrowia a ponadto dokonano niezgodnego z prawem usunięcia załączników majątkowych CO-I części majątku oddziału w Gliwicach i Krakowie przekazanych do MZ w celu połączenia z IHT. Rada Naukowa CO-I desygnowała



swojego przedstawiciela do prac w tej komisji z naruszeniem regulaminu Rady Naukowej albo-  
wem czynności tej dokonał jednoosobowo tylko przewodniczący Rady, nie informując członków Rady ani wszystkich członków Prezydium Rady. W tych okolicznościach — zwłaszcza w kontekście zakończenia postępowania w sprawie połączenia całości majątku CO-I z IHT i przekazania w tej sprawie rozporządzenia Rady Ministrów o utworzenia na tej podstawie Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii — nie widziałem możliwości wzięcia udziału w podziale CO-I i nie wyraziłem zgody na udział w tej komisji. O swojej decyzji poinformowałem ministra zdrowia i premier rządu na piśmie w dniu 15 października 2015 roku.

**ET:** Kiedy będzie możliwe uzyskanie statutu PIB przez Narodowy Instytut?

**KW:** Prace zmierzające do nadania instytutowi statusu PIB będą objęte odrębną procedurą już po połączeniu jednostek, bowiem zgodnie z art. 21 ust. 3 ww. ustawy wniosek o nadanie statusu PIB musi być poprzedzony dokonaniem oceny dotychczasowej działalności instytutu przez Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych. Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii może otrzymać status PIB w tej procedurze na wniosek ministra zdrowia po uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw nauki oraz ministrem właściwym do spraw finansów publicznych. Z całą mocą należy podnieść, że koncepcja powołania Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii o statusie PIB nie zakłada

utworzenia instytucji hierarchicznie dominującej nad strukturą organizacyjną innych ośrodków onkologicznych i hematologicznych w kraju. Połączenie w jedną strukturę organizacyjną instytutów badawczych, współpracujących i wykorzystujących od dawna wspólną infrastrukturę, zlikwiduje obecny stan ich rozproszenia, co umożliwi poprawę jakości, skuteczności i bezpieczeństwa procedur diagnostyczno-leczniczych realizowanych ze środków publicznych jak również korzystnie wpłynie na rozwój nauki.

**ET:** W 2014 roku nagroda Wektory Pracodawców RP trafiła po raz pierwszy od jej utworzenia (1990 rok) do przedstawicieli ochrony zdrowia. Był Pan jednym z dwóch laureatów. Nagrodę otrzymał Pan za sukcesy w restrukturyzacji CO-I. Jak Pan odebrał to wyróżnienie?

**KW:** Nie spodziewałem się tego wyróżnienia. Jest ono dla mnie bardzo ważne. Pracodawcy RP zrzeszają ponad 7500 firm, które z kolei zatrudniają około 4 mln pracowników. W 2014 roku wyróżniono po raz pierwszy obok innych również branżę medyczną. Przyznanie tego wyróżnienia jest dowodem na to, że podjęte działania restrukturyzacyjne w CO-I — z początku bardzo niepopularne wśród Pracowników i przedstawicieli wielu instytucji zewnętrznych — zostały docenione przez niezależnych ekspertów. Kapituła Pracodawców RP, która oceniała już bardzo różne restrukturyzacje w licznych branżach gospodarki, dostrzegła w nich właściwy kierunek kształtowania zmian w publicznym sektorze ochrony zdrowia. To dla mnie i moich



Wręczenie nagrody „Wektory Pracodawców RP” w 2014 r. za „efektywną restrukturyzację publicznych instytutów medycznych. Za przywracanie pacjentom onkologicznym nadziei na podjęcie szybkiego leczenia”

drogich Współpracowników bezsprzeczny powód do dumy i satysfakcji, tym bardziej, że wyróżnienie zostało przyznane za „efektywną restrukturyzację publicznych instytutów medycznych. Za przy-

wracanie pacjentom onkologicznym nadziei na podjęcie szybkiego leczenia”.

**ET:** *Dziękuję za rozmowę*

W dniu 26 października 2015 r. Minister Zdrowia Marian Zembala odwołał prof. Krzysztofa Warzochę z funkcji Dyrektora Centrum Onkologii — Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie „... w związku z odmową współpracy z organem nadzorującym Instytut, w zakresie prac Komisji powołanej zarządzeniem ministra zdrowia z dnia 14 października 2015 r. w sprawie Komisji mającej na celu dokonanie oceny oraz opracowanie warunków, na jakich zostanie dokonany podział Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie (Dz.Urz. Min. Zdrow. poz. 61)...”